·论著·

全科医生视角下的北京市家庭医生签约服务质量现况：一项半结构访谈研究

崔亚佳，金光辉*

100069，北京市，首都医科大学全科医学与继续教育学院
*通信作者：金光辉，副教授；E-mail：rk_86@ccmu.edu.cn

【摘要】 **背景** 家庭医生签约服务（家医服务）是我国深化医改的重要措施，旨在提升人民健康水平、卫生服务体系效率，家医服务在数量上已取得较快发展，但目前尚缺少家医服务质量相关的研究证据。**目的** 基于全科医生视角了解北京市家医服务质量现状和存在问题，为家医服务的质量改进提供参考依据。**方法** 2023年8月—2024年6月通过目的抽样选取来自北京市9个区18家社区卫生服务机构（机构）的18名全科医生，基于结构－过程－结果框架的访谈提纲对全科医生进行半结构访谈。通过主题分析法对资料进行分析并提炼访谈主题。**结果** 研究提炼出3个主题和11个子主题。主题一：家医服务的结构质量（政策引导及落实、机构的条件设施、家医服务的考核和激励机制、家医团队建设）。主题二：家医服务的过程质量（签约服务内容、转诊和就诊服务流程、出诊服务标准）。主题三：家医服务的效果（居民的健康水平提升、居民的就诊意愿增强、家医服务的居民认可度有待加强、全科医生的职业压力增加）。**结论** 自开展家医服务以来，服务质量逐步提升，但仍存在部分制约因素。应加强政策支持，优化服务内容及流程，将质量评价体系与激励机制相融合，提升全科医生的综合服务能力并建立高效的家医团队。

【关键词】 全科医生；家庭医生签约；服务现状；服务质量；家庭医生团队；北京

【中图分类号】 R 192.3 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0353

The Current Status of the Quality of Family Doctor Contracting Services Based on General Practitioners' Perspectives：a Semi-structured Interview Study

CUI Yajia[1]，*JIN Guanghui*[1*]

School of General Practice and Continuing Education，Capital Medical University，Beijing，100069，China

Corresponding author：JIN Guanghui，Associate Professor；E-mail：rk_86@ccmu.edu.cn

【Abstract】 **Background** Home medicine contract service（home medicine service）is an important measure for deepening medical reform in China，aimed at improving people's health level and the efficiency of the health service system.home medicine service has achieved rapid development in terms of quantity，but there is currently a lack of research evidence related to the quality of home medicine service. **Objective** To understand the current status and existing problems of home medicine service quality in Beijing from the perspective of general practitioners，and provide reference for improving the quality of home medicine services. **Methods** 18 general practitioners from 18 community health service institutions in 9 districts of Beijing were selected through purposive sampling from August 2023 to June 2024，and semi-structured interviews were conducted with general practitioners based on the structure process outcome framework interview outline. Analyze the data through thematic analysis and extract interview themes. **Results** the study extracted 3 themes and 11 sub-themes. Topic 1：The structural quality of home medicine services（policy guidance and implementation，institutional conditions and facilities，assessment and incentive mechanisms for home medicine services，home healthcare team building）. Topic 2：Process quality of home medicine services（contract service content，referral and treatment service process，outpatient service standards）. Theme 3：The effectiveness of home medicine services（improvement in residents' health levels，increased willingness to seek medical treatment，need

基金项目：北京市社会科学基金规划项目（21GLC059）

引用本文：崔亚佳，金光辉. 全科医生视角下的北京市家庭医生签约服务质量现况：一项半结构访谈研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0353.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

CUI Y J，JIN G H. The Current Status of the Quality of Family Doctor Contracting Services Based on General Practitioners' Perspectives：a Semi-structured Interview Study［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］



to strengthen residents' recognition of home medicine services, increased occupational pressure on general practitioners). **Conclusion** Since the implementation of home medical services, the quality of services has gradually improved, but there are still some limiting factors. We should strengthen policy support, optimize service content and processes, integrate quality evaluation systems with incentive mechanisms, enhance the comprehensive service capabilities of general practitioners and establish efficient home medical teams.

【Key words】 General practitioners; Family doctor contracting; Status of services; Quality of service; Family doctor teams; Beijing

基层医疗服务是卫生服务体系的基石，其服务质量对我国分级诊疗制度的推进具有重要意义[1]。家庭医生签约服务（家医服务）是指通过签约服务，使全科医生与签约对象建立一种长期、稳定的医患关系，为家庭的每位成员提供全面的全科医疗服务[2]。家医服务模式旨在优化医疗资源配置，帮助居民享受更高质量的基层医疗服务[3]，有效改善居民健康水平，提高健康素养[4]。我国的家医服务主要为居民提供基本医疗服务、基本公共卫生服务和健康管理服务[5]。2009 年深化医疗改革后，我国首次提出建立家庭医生式服务，并于 2011 年在上海率先试点[6]，开启了家医服务的探索。随着试点在各省市的推广，2016 年国家多部门联合发布《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》[7]，强调了家医服务的内涵和考核方式，标志着家庭医生服务的全面推进。尽管家医服务的覆盖面已经较为广泛，但有研究显示当前家医服务在专业水平、团队合作及综合性照顾方面存在诸多不足[8-10]。2022 年《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》发布[11]，预示着家医服务进入新的发展阶段，即从注重数量的覆盖转向追求服务质量的提升。许多国际组织和学会曾对基层医疗和全科医疗服务质量的内涵进行界定，WHO 提出，高质量的基层医疗服务应确保服务安全、有效、以患者为中心，同时注重服务的可及性、及时性、综合性、效率和连续性，并在服务过程中不断进行质量改进[12]。英国皇家全科医学学会（Royal College of General Practitioners，RCGP）指出全科医疗服务的“质量”体现在注重提升患者、照顾者和家属的服务体验，展现临床胜任能力，对自己和同行的专业标准负责以及对更广义的环境负责（如社区健康和本行业发展）[13]。在国家“高质量发展”的大背景下，家医服务质量已成为当前我国卫生服务体系所关注的重点问题。

北京市是率先实施家医服务的城市之一，根据北京市卫健委发布的数据，2024 年北京市常住人口签约率为 42%，重点人群签约率保持在 90% 以上[14]，已经达到了较好的覆盖率。但现有研究表明，北京市家医服务质量存在服务资源有限、利用率较低及患者满意度欠佳等诸多问题[15-17]。北京市卫健委于 2023 年颁布的《北京市改进家庭医生签约服务若干措施》提出了对服务流程、内容及方式的要求，旨在提升签约服务质量和吸引力。我国针对家医服务的研究主要聚焦于签约服务的政策、模式和影响因素等方面[18-19]，有学者从定量的角度分析家医服务的综合性、可及性[20，21]，但尚缺乏较为深入分析家医服务质量现状和问题的质性研究。本研究基于一线全科医生的视角，旨在了解北京市家医服务质量的现状，深入分析家医服务质量存在的问题，归纳影响质量改进的有利和制约因素，为家医服务质量改进的相关政策与实践提供参考。

1 研究方法

1.1 基本设计

本研究以 Donabedian 提出的结构（structure）、过程（process）、结果（outcome）的 SPO 质量评价框架作为访谈和分析的基本理论框架[22]，对北京市社区卫生服务机构的全科医生进行了半结构访谈。基于目的抽样原则，于 2023 年 8 月—2024 年 6 月采用分层方便抽样的方式选择北京市 9 个区（5 个中心城区，4 个郊区）18 家机构的 18 名全科医生作为访谈对象（记为：受访者 1–18）。具体抽样方法为先按城区和郊区进行分层，再选择不同层级中研究者容易接触到的、满足研究目的的全科医生。全科医生纳入标准：（1）承担家医服务工作 3 年及以上；（2）熟悉家医服务内容及流程；（3）具备良好的沟通能力；（4）自愿参与访谈。排除标准：因故不能配合完成整个访谈的全科医生。研究样本量以分析受访者资料时不再有新的编码、主题呈现为标准。本研究经首都医科大学医学伦理委员会审批（审批号：Z2023SY070），所有受访者对本研究知情同意。

1.2 访谈提纲

本研究在文献回顾基础上，从家医服务的基本要素出发，根据 SPO 质量框架制定访谈提纲，问题中包含家医服务的组织管理及建设情况、服务提供过程质量、服务效果 3 个维度，共包括 4 个问题。访谈提纲经研究小组讨论进行修改，并进行预访谈进一步完善提纲内容，最终形成本次研究的访谈提纲，见表 1。

1.3 资料收集

研究采用半结构个人深入访谈方法，对 18 名全科医生进行访谈，每次访谈持续约 30~50 min。研究团队

表 1 访谈提纲
Table 1 Outline of the interview

序号	访谈问题
1	您认为目前社区卫生服务机构对家医服务的组织管理及建设情况如何?
2	您认为目前社区卫生服务机构提供家医服务提供的过程质量如何?
3	您认为家医服务对于患者、家医团队和机构产生了什么影响?
4	其他补充

由 2 人组成，其中一人为全科医学研究者，负责主持提问；另一人为全科医学专业研究生，负责访谈记录及数据整理。访谈小组由研究者与受访者三人组成，采用线上、线下相结合的形式，线上通过腾讯会议进行访谈，线下访谈地点为学校教室，受访者根据自身意愿选择访谈形式，最终线上访谈 12 名全科医生，线下访谈 6 名全科医生，访谈期间受访者无退出。访谈开始前由主持人向受访者介绍研究的目的和意义，取得受访者知情同意后，进行录音和记录。访谈结束时主持人总结各受访者的主要观点，并确认是否有补充或修改。

1.4 数据分析方法

采用主题分析法[23]对访谈资料进行归纳，结合 MERRIAM 等[24]提出的质性研究六步分析策略对资料进行整理和分析。正式分析前，对受访者进行编号，隐匿其真实姓名。分析时先将所有转录文本整理成规范的访谈记录；通过 Nvivo20 软件对受访者资料进行编码；分析访问编码材料，提取其中要素；最后对编码内容进行精简、分类、综合，并归纳出访谈主题。本研究遵循国际定性研究报告标准（COREQ）对研究结果报告进行审查，防止遗漏重要信息[25]。

1.5 质量控制

研究者提前将研究介绍及访谈提纲发给受访者，使每位受访者了解访谈的目的及主要内容。访谈过程中，每场访谈均由本研究项目组的固定成员参与，访谈内容在经受访者同意后以录音加笔录的形式进行资料收集，以确保资料的完整性和准确性。访谈结束后，反复听取录音资料，24 h 内转录为文字并进行校对，以便发现问题并及时改正，保证信息的真实可靠。在访谈 16 名全科医生后，不再出现新的信息，为验证数据饱和性，继续访谈 2 名全科医生，确保没有新的主题出现。

2 结果

2.1 受访者的基本情况

被访谈的 18 名全科医生中，男 3 名（16.7%），女 15 名（83.3%）；平均年龄为（40.2 ± 5.0）岁；从事全科岗位工作的平均年限为（14.0 ± 5.2）年；本科 9 名（50%），硕士 8 名（44.4%），博士 1 名（5.6%）；主任医师 3 名（16.7%），副主任医师 10 名（55.5%），主治医师 5 名（27.8%）；城区：13 名（72%），郊区：5 名（28%）；所有受访者主要岗位均为社区卫生服务中心门诊全科医生，5 位全科医生兼职机构管理工作，详细信息见表 2。

表 2 受访全科医生基本情况（n=18）
Table 2 Basic profile of GPs interviewed

编号	性别	年龄（岁）	学历	职称	全科工作年限（年）	是否兼行政	行政区
受访者 1	女	38	本科	主治医师	16	是	城区
受访者 2	女	44	硕士	副主任医师	16	否	城区
受访者 3	女	45	硕士	副主任医师	17	是	城区
受访者 4	男	36	本科	副主任医师	14	否	城区
受访者 5	女	40	本科	副主任医师	16	否	城区
受访者 6	女	45	本科	主任医师	19	是	城区
受访者 7	女	49	硕士	副主任医师	26	是	城区
受访者 8	女	41	硕士	主任医师	16	是	郊区
受访者 9	女	33	硕士	主治医师	5	否	城区
受访者 10	女	39	博士	副主任医师	12	否	城区
受访者 11	女	48	硕士	主任医师	17	否	城区
受访者 12	女	42	本科	副主任医师	17	否	城区
受访者 13	女	37	本科	副主任医师	15	否	郊区
受访者 14	男	35	本科	主治医师	14	否	郊区
受访者 15	男	34	本科	主治医师	8	否	郊区
受访者 16	女	45	本科	副主任医师	7	是	郊区
受访者 17	女	33	硕士	主治医师	6	否	城区
受访者 18	女	40	硕士	副主任医师	11	否	城区

2.2 访谈结果

对访谈资料分析整理，从中提炼出 3 个主题：家医服务的结构质量、家医服务的过程质量、家医服务的效果，其中包含 11 个子主题。

2.2.1 主题一：家医服务的结构质量

2.2.1.1 政策引导及落实：机构在家医服务相关政策引导下，积极开展签约服务活动。许多受访者表示“签约政策相对完善，机构领导十分重视签约服务”。但机构整体上对于家医服务的要求以完成政策规定的指标为主，部分机构实施签约服务的方式经常变动，受访者 2 提到“机构领导对家医服务的理解不一样，要求也不同，一会儿划片签约，一会儿规定签约人数，导致签约任务量加重，超出了医生的能力承受范围，且居民需要被动更换签约医生，引起居民不满”。这在很大程度上降低了家医团队的服务热情及居民的签约体验。

2.2.1.2 机构的条件设施：少数机构在信息系统及智能化管理方面追求进步，受访者 11 介绍“我们使用的'身边医生'APP 是对居民进行健康管理的好帮手，但是目前还存在许多漏洞，使用频率较低”；受访者 10 表

示“健康小屋能快速的收集居民的基本健康信息，但收集到的信息不能和目前的信息系统同步”。但绝大部分受访者都认为自己所在机构的信息系统建设落后，签约管理数据、诊疗数据与医联体相关数据之间不能贯通，降低了家医团队的工作效率，限制了服务的协调性与持续性。正如受访者 7 指出的“我们常需要手动录入和核对数据，不仅占用医生的时间，更容易出现各种错误”，从而使签约服务各个环节与部门间协调不畅。机构硬件设施配置与二、三级医院的差距较大，且机构间的配置水平不一。受访者 8 指出“个别机构硬件水平甚至不如民营社区站（由个人创办的私立社区卫生服务机构），与上级医院相比没有竞争力”；受访者 9 也表示“大部分机构的药品供应受限，有些机构缺乏基础的检验项目，无法满足居民诊疗需求”。

2.2.1.3 家医服务的考核和激励机制：随着北京市家医服务考核体系的建立，机构目前规律进行机构内及市区级考核，一定程度上促进了家医服务的质量提升。但目前的考核体系存在考核范围不完善、考察的内容及形式欠科学等问题。受访者 13 指出“目前考核内容大部分是针对慢性病患者设置的指标，无法涵盖所有人群，比如一般人群、儿童和精神病患者等”；受访者 1 也表示“在针对慢性病控制情况的考核上，签约基数大，但抽样人数少，使抽样结果无法代表总体签约居民的管理情况”，导致考核结果的真实性受影响。

在激励机制方面，受访全科医生普遍认同目前国家对家医服务进行的绩效补贴。但目前绩效分配机制未能较好反映医生的专业水平和签约管理能力，也无法和职称晋升、培训机会等非绩效奖励建立联系。受访者 15 提出“目前家医团队绩效按照签约人数分配，这导致部分机构间出现抢人的现象，不仅阻碍签约居民的连续性管理，还易使居民对签约服务产生反感”。激励机制还存在区域分配差异和机构内分配平均化等问题，受访者 2 表示“虽然国家分配了签约奖励，但是机构采取平均化的分配方式，无法体现全科医生的工作量和工作价值，一定程度上降低了全科医生的工作热情”，导致绩效激励效果不明显，家医团队的服务积极性受限。

2.2.1.4 家医团队的建设：机构全科医生的学历及能力稳步提升，但全科医生的数量相对不足，不同医生的诊疗水平差距较大，整体上仍无法全面满足签约居民的健康需求，尤其在外科、妇科、儿科和营养科等领域缺乏专业指导。受访者 13 指出“部分全科医生的知识储备较差，可能与机构培训的考核方式和医生自身学习意识薄弱有关”。此外，大部分全科医生认为家医团队存在结构简单（仅由医生及护士构成），分工模糊，团队意识薄弱、团队管理缺失等问题。正如受访者 6 和 18 都认为“目前家医团队成员的专业度较低，全科医生需要负担大部分签约工作”，导致随访、健康教育等工作开展受限，无法有效衔接医生服务中的各项环节。医联体模式在不同机构的落实情况存在差异，受访者 3 提出“医联体模式具有明显优势，但目前医联体之间的关系并不紧密，应该增加家医团队成员与医联体专家交流学习机会，带动基层医务人员水平提升”。

2.2.2 主题二：家医服务的过程质量。

2.2.2.1 签约服务内容：家医服务内容逐渐丰富，提供针对慢病的签约服务包，针对有需求的居民，全科医生有意识进行行为和心理方面的健康干预。受访者 9 提到“除提供医疗服务以外，开展慢病患者的生活指导和心理疏导等服务，也是签约服务的优势”。咨询服务受到居民的认可，特别是疫情期间，签约双方通过电话和微信建立联系，但一定程度上占用了家医团队成员的非工作时间。服务内容整体上缺乏吸引力，居民对服务内容并不敏感，仅有少数慢病患者会选择购买服务包。此外，目前的签约服务内容难以提供个性化及精准的服务，不能满足居民在不同健康状态下的需求，特别是对疾病预防层面的服务存在欠缺。受访者 1 认为“免费体检、中医评估和基本公共卫生服务，许多内容和非签约居民差别不大”受访者 14 表示“中青年签约困难，其实这部分人也是有需求的，不同于重点人群和特殊人群，他们更需要解决常见病问题和进行疾病筛查，但是这些在签约内容中没有体现”。

2.2.2.2 转诊和就诊服务流程：转诊的号源相对充足，但部分机构反应可以提供转诊服务的上级医院数量较少；受访者 5 表示：“居民认为没有合适的医院，就选择自己挂号，以后就不太使用转诊服务了”。几乎所有医生都反应，向上转诊流程顺畅，但下转流程缺失。转诊到上级医院的患者通常不再转回机构，家医团队对患者转诊后的诊疗情况不了解，导致持续性诊疗过程出现断点，双向转诊无法闭环，家医团队与签约居民之间难以形成长期的照顾关系。签约居民优先就诊原则优势不明显，受访者 16 提到“未签约的居民可能因签约居民的优先就诊产生不满，在签约居民就诊时间段中如果遇到上一位病人的诊疗时间较长，签约居民也会认为自己没有享受到'就诊的优先权'”；受访者 11 还表示“我所在的机构候诊区狭小，签约居民优先就诊会造成候诊区拥挤，居民经常产生抱怨”。此外，在实施家医服务的过程中存在较多的形式化过程。如对签约居民的健康管理，由于家医团队签约人数过多，大部分机构的门诊量也较大，导致医生的接诊时间难以保证，没时间为签约居民进行高质量的健康管理，综合性服务难以兼顾。

2.2.2.3 出诊服务标准：针对出诊服务，政策上只规定了基本的服务内容，但是满足哪些条件能预约出诊服务，出诊应该做到哪些服务，缺乏合理的标准。受访者

15 指出“健康管理是有服务标准的，比如每年 4 次的季度随访，以及对健康指标的监测记录，但是出诊服务没有明确的要求，如何算做好出诊服务，大部分是没办法评价的”；受访者 4 表示“出诊的针对性不强，大部分上门访视不能解决什么问题，医生很累但是居民反馈不佳”，出诊服务加重了医务人员的工作负担，但并未增加签约居民的服务可及性。

2.2.3 主题三：家医服务的效果。

2.2.3.1 居民的健康水平提升：受访者 7 提出“因为存在契约关系，我会有意识的增加对患者的关注，患者也会逐渐重视我的建议，这可以提高慢病患者的自我管理意识与管理效果”。大部分医生也表示，通过体检、健康教育等方式，家医服务提升了签约居民的健康水平和健康素养；通过门诊、微信、电话等多渠道进行随访，提高了签约居民的依从性。这种现象在患有慢性病的签约居民中较明显，受访者 13 表示“经过我们团队多年的管理，患糖尿病的签约居民健康有了明显改善，糖化血红蛋白达标率由签约前的 20% 左右提升至 70%”。

2.2.3.2 居民的就诊意愿增强：家医服务使居民的就诊习惯向机构倾斜，机构首诊患者逐渐增多，通过多方面、更便捷、更高效的解决患者的健康问题，一定程度上提高了签约居民的满意度。受访者 8 介绍“现在门诊量增加明显，通过签约管理，有健康需求的居民提高了对自身疾病的认知，他们就更愿意到机构首诊和复诊”。受访者 5 也提到“我们机构建立血液透析室，配置病床，提供住院和安宁疗护等服务。机构能提供和医院相同的服务，使居民感到非常满意”。

2.2.3.3 家医服务的居民认可度有待加强：部分受访者认为，目前仍有不少居民不认可家医服务，受访者 2 指出“居民对家庭医生这个概念还是有误解，认为家庭医生是'上门服务的私人医生'、'开药的医生'，这些观念很难改变”。受访者 18 表示“部分居民没有健康意识，签约是'碍于面子'，并不了解自己签约的家医团队成员，有健康问题也无法找到团队中对应的人获得帮助”。造成这种现象原因的一方面，在于各个渠道对家医服务的宣传不足或解读不正确；另一方面，签约服务本身形式化大于实际意义，也是居民不愿意签约的重要因素。

2.2.3.4 全科医生的职业压力增加：尽管大部分医生表示愿意对患者进行主动的签约管理，由于工作量增大，医生经常处于身不由己的状态，工作之余学习时间不足，甚至难以完成预期的工作任务。受访者 2 表示“除门诊工作外，还负责签约居民的慢性病管理和随访、参加会议、承担公共卫生及教学科研任务”。受访者 17 表示“我非常认同家医服务的出发点，但是医生的工作量和成果不成比例，签约服务效率很低，我们医生经常感到无奈和疲惫，不会主动考虑如何提升签约服务质量”。家医服务使全科医生的压力及职业倦怠的风险增加。

在了解家庭医生服务现状的基础上，基于 SPO 框架中的 3 个维度，我们归纳了全科医生视角下，关于家庭医生服务质量提升的有利及制约因素。详见表 3。

3 讨论

本研究通过对北京市社区卫生服务机构的全科医生进行半结构访谈，深入了解家医服务质量的现状、有利及制约因素。结果显示北京市家医服务相关政策不断完善，社区卫生服务机构对家医服务的重视程度提升，但存在政策落实效果欠佳、考核和激励机制有待完善，以及家庭医生团队建设滞后等结构层面的质量问题。全科医生认为，通过家医服务，签约居民健康水平得到提升、就诊意愿增强，医生与居民间的就诊联系更加紧密。但是在服务过程中存在服务内容对居民的吸引力不够，服务流程形式化，出诊服务没有明确、合理的标准。这导致医生的工作量和压力增加，可能会影响服务质量并导致职业倦怠。

本研究基于 SPO 框架对家医服务质量进行了分析。在结构层面，政策导向的影响较大，目前要求的签约率等考核目标并不完全合理，以完成考核指标为主的家医服务，给家医团队和签约居民带来了一定的困扰。机构的软硬件资源配置、家医团队的人力结构中存在的问题也在结果中凸显。有研究表明，机构的硬件设施[26]、药物可及性[27]、床位资源[28]等是影响居民签约的重要因素，而建立训练有素的基层医疗团队是增强服务能力、减轻全科医生工作量、提高工作效率的重要途径[29]，此外，按签约人数确定财政补贴的绩效模式常也需要高标准的质量考核体系与之匹配[30]，但访谈结果显示目前家医服务考核指标对于质量的导向性不强以及与激励机制的匹配度仍欠佳。为保证家医服务的顺利开展，加强结构质量建设，应促进政策、管理、财政补贴及医联体建设方面的整合[31]，为分级诊疗制度的推进筑牢基础。

在服务过程中，尽管服务内容有所增加，但因内容不完善、针对性不强，对居民的吸引力不够；加之服务的实施机制不完善，使家医服务难以建立自身的特殊优势，限制了家医服务的综合性及持续性。健康管理服务已被认为是帮助慢性病人控制疾病进展及提高生活质量的良好策略[32]，本研究结果显示健康管理形式化主要受到医生工作量的影响，应积极通过信息化手段提升家医团队健康管理能力和有效性[33]，提升健康管理服务质量。预约就诊服务被认为是影响签约居民履约情况的重要因素[34]，从本研究结果看，签约患者优先就诊原则是否能提高服务质量并不明确，机构是否应该根据自身情况进行调整，还需要进一步的观察和研究。



表 3 家医服务质量提升的有利及制约因素

Table 3 Facilitators and constraints to the quality of family doctor contracted services

维度	有利因素	提及人数（n=18）	制约因素	提及人数（n=18）
一、结构质量				
1 政策引导及落实	国家政策支持	13	规定的签约任务、达标率不适用于全部机构	9
	机构重视程度高、积极推进签约服务的各个环节	11	机构的实施方案变动频繁	4
2 机构的条件设施			信息系统的智能化程度低	15
	签约管理 APP 的应用	2	机构就诊环境简陋	3
	使用智能化检测设备	1	检查检验设备欠缺	6
			药品供应不全	5
3 考核与激励机制	定期进行质量考核	16	考核标准不能反映医生能力	12
	政府对家医服务的专项补贴	10	绩效分配平均化	9
			缺少非绩效层面的激励方式	5
			专项补贴在机构间差距较大	3
4 家医团队建设	医生定期参加专业培训	13	全科医生数量不足	12
	全科医生能力提升	10	全科医生诊疗能力不全面，诊疗水平差距较大	13
	引入医联体模式	6	团队意识薄弱，分工不明	10
			医联体与机构联系不紧密	4
二、过程质量				
5 服务内容	服务项目逐渐增多	7	缺乏个性化	13
	提供慢性病签约服务包	9	不能覆盖不同年龄层	2
	重视慢性病管理	10	缺少在预防层面的干预	2
	重视健康教育与心理疏导	5		
6 服务流程	转诊号源相对充足	3	供转诊的医院资源不充足	10
	向上转诊顺畅	7	向下转诊流程缺失	7
			优先就诊原则存在局限性	6
			健康管理形式化	4
7 服务标准	健康管理有相应的服务标准	5	出诊服务标准不明确	5
三、结果质量				
8 居民健康水平	健康教育、定期体检的参与率增加	8	部分居民的健康素养较差	3
	居民与机构联系更密切	3		
	慢性病相关指标的达标率增加	11		
9 居民对家医服务的认识	就诊习惯改变、主动签约	6	对家医服务的误解、不信任	5
	签约满意度增加	13	家医服务相关宣传不到位	4
	提供居民有需求的服务	10		
10 全科医生职业感受	门诊量增大有助于诊疗能力提升	9	工作量大	8
			工作压力大	5
			职业倦怠	3

最后，在服务效果上，本研究结果显示家医服务对居民健康水平的促进作用，家医服务提高了居民对全科医生的利用率[35]，对全科医生与签约居民之间信任关系有积极作用，这种信任关系是居民选择继续签约家医服务的重要因素[36]，为分级诊疗制度的推进及形成长期照顾关系打下了良好基础。但目前家医服务对于居民健康、服务利用的影响，仍缺乏大规模、高质量的临床研究证据，这也应该成为家医服务相关研究的重要方向之一。ZHAO 等[37]2024 年的研究显示，北京市家医服务的整体签约意愿仅为 13.68%，且抽样人群中 100% 为慢性病患者，整体签约意愿偏低可能与北京市医疗资源丰富，居民就诊选择较多有关；签约人群固定则可能与签约服务内容有关。本研究结果也显示，老年和慢性病患者有较高的签约需求，但中青年群体的健康需求不同，在现阶段签约服务对于这一群体的吸引力一般。这表明，应在充分考虑当前社区卫生服务机构条件、团队承载能力和居民需求的基础上，理清家医服务模式的底层逻辑，以居民需求为导向设计签约服务模式，而不应仅以“供

方”的设想为导向。全科医生在家医服务发展中承担了很大的压力，有研究显示，全科医生的工作满意度过低[38]，并且在压力过大情况下会导致身体健康状况下降[39]，这对家医服务质量的影响也是负面的。简化签约流程、形成有效的家医团队式服务、设置弹性化的考核指标，可能在一定程度上帮助医生减负。

4 结论

随着相关政策不断完善，家医服务在规范性和服务效果上有所提升，但仍受到政策落实、考核和激励机制以及家医团队建设等因素的制约，存在服务内容吸引力不足、流程形式化、缺乏工作标准、医生压力增加等问题。家医服务质量的提升涉及多方因素，需要进一步明确家医服务的核心内涵和科学的服务模式和激励机制，提升家医服务的成效。

本研究研究局限性：本研究的研究对象为全科医生，无法全面代表参与家医服务的所有医务人员的观点。北京市的医疗资源优渥，一定程度上影响了家庭医生签约制度在基层的推广，故本研究结果对其他地区不一定完全适用。建议未来研究可以增加不同地区医生、护士、管理人员以及需方视角，以获得更全面资料。帮助进一步研究家医服务质量。

作者贡献：崔亚佳、金光辉进行文章的构思与设计；崔亚佳负责文章研究资料的收集与整理、论文的撰写和修改；金光辉负责文章的质量控制和审校，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

崔亚佳 https://orcid.org/0009-0006-4290-1984
金光辉 https://orcid.org/0000-0002-8269-2842

参考文献

[1] LI X，LU J P，HU S，et al. The primary health-care system in China［J］. Lancet，2017，390（10112）：2584-2594. DOI：10.1016/S0140-6736（17）33109-4.
[2] 潘公益，杨烨. 我国家庭医生团队服务模式的研究现状［J］. 中国全科医学，2017，20（28）：3457-3462. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2017.28.002.
[3] LI L N，ZHONG C W，MEI J，et al. Effect of family practice contract services on the quality of primary care in Guangzhou，China：a cross-sectional study using PCAT-AE［J］. BMJ Open，2018，8（11）：e021317. DOI：10.1136/bmjopen-2017-021317.
[4] 刘红，刘丹萍. 家庭医生签约服务对居民健康素养影响的倾向得分匹配研究［J］. 中国健康教育，2023，39（11）：1051-1055. DOI：10.16168/j.cnki.issn.1002-9982.2023.11.016.
[5] LV B，CUI C S，FENG X M，et al. What factors affect Beijing residents' contracts with family doctors? A comparative study of Beijing's urban and suburban areas［J］. Front Public Health，2023，11：1159592. DOI：10.3389/fpubh.2023.1159592.
[6] 沈世勇，吴忠，张健明，等. 上海市家庭医生制度的实施效应研究［J］. 中国全科医学，2015，18（10）：1132-1137. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2015.10.008.
[7] 卫生计生委关于印发推进家医服务指导意见的通知［A/OL］.（2016-06-06）［2024-04-15］. https://www.gov.cn/xinwen/2016-06/06/content_5079984.htm
[8] LI X，KRUMHOLZ H M，YIP W，et al. Quality of primary health care in China：challenges and recommendations［J］. Lancet，2020，395（10239）：1802-1812. DOI：10.1016/S0140-6736（20）30122-7.
[9] WONG W C W，JIANG S F，ONG J J，et al. Bridging the gaps between patients and primary care in China：a nationwide representative survey［J］. Ann Fam Med，2017，15（3）：237-245. DOI：10.1370/afm.2034.
[10] LI M Y，ZHANG X T，TANG H Q，et al. Quality of primary health care for chronic diseases in low-resource settings：evidence from a comprehensive study in rural China［J］. PLoS One，2024，19（7）：e0304294. DOI：10.1371/journal.pone.0304294.
[11] 关于推进家医服务高质量发展的指导意见［A/OL］.（2022-03-03）［2024-04-15］. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/15/content_5679177.html.
[12] World Health Organization 2018. Quality in primary health care［EB/OL］. 2018［2024-7-2］. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf
[13] Royal College of General Practitioners. Quality in general practice［EB/OL］. 2017［2024-7-2］. https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/quality-in-general-practice.
[14] 北京常住人口家庭医生签约率已达42%［A/OL］.（2024-01-12）［2024-04-15］. https://wjw.beijing.gov.cn/xwzx_20031/mtjj/202401/t20240111_3532751.html
[15] 史大桢，马文翰，赵亚利. 团队成员视角下北京市家庭医生签约服务现状调查分析［J］. 中国社区医师，2024，40（16）：167-169. DOI：10.3969/j.issn.1007-614x.2024.16.056.
[16] 肖朋，杨静，梁梓铧，等. 北京市朝阳区家庭医生签约时间对服务利用与管理的影响［J］. 慢性病学杂志，2020，21（8）：1187-1189，1192. DOI：10.16440/j.cnki.1674-8166.2020.08.021.
[17] 赵静，刘芳羽，李泽，等. 北京市家庭医生签约服务满意度研究——基于患者视角［J］. 卫生经济研究，2022，39（1）：54-58. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.01.016.
[18] 王秋茹. 基于CiteSpace的中国全科医生签约服务研究进展与展望［J］. 经营与管理，2024（1）：158-166. DOI：10.16517/j.cnki.cn12-1034/f.20230512.002.
[19] 胡欣. 基于文献计量学的家庭医生签约服务研究现状与建议［J］. 中国初级卫生保健，2022，36（9）：39-43. DOI：10.3969/j.issn.1001-568X.2022.09.0011.
[20] 韩相如，秦才欣，吴怡，等. 基于感知质量评价的农村家医服务可及性和综合性研究［J］. 中国全科医学，2021，24（19）：2428-2434. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.181.
[21] 黄晓南. 东莞市推进家庭医生签约服务可及性问题研究［D］. 桂林：广西师范大学，2022. DOI：10.27036/d.cnki.ggxsu.2022.001854.
[22] DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. 1966［J］. Milbank Q，2005，83（4）：691-729. DOI：10.1111/j.1468-



0009.2005.00397.x.

[23] KIGER M E，VARPIO L. Thematic analysis of qualitative data：AMEE guide No. 131 [J] . Med Teach，2020，42（8）：846–854. DOI：10.1080/0142159X.2020.1755030.

[24] MERRIAM S. Qualitative research：a guide to design and implementation [M] . Fourth edition，2016.

[25] TONG A，SAINSBURY P，CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research（COREQ）：a 32-item checklist for interviews and focus groups[J]. Int J Qual Health Care，2007，19(6): 349–357. DOI：10.1093/intqhc/mzm042.

[26] 张霄艳，王雨璇，杨诗雨，等 . 契约理论视阈下医保支付家庭医生签约服务费的模式探讨 [J] . 锦州医科大学学报：社会科学版，2021，19（1）：25–28. DOI：10.13847/j.cnki.lnmu（sse）.2021.01.007.

[27] 贾梦，管雪帆，孟禹呈，等 . 我国家医服务费筹资与支付现状调查研究 [J] . 中国卫生经济，2023，42（9）：66–69.

[28] 郝爱华，曾韦霖，李观海，等 . 基于全科医生视角的家庭医生团队签约现状调查研究 [J] . 中国全科医学，2023，26（34）：4261–4268. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2023.0035.

[29] BODENHEIMER T，GHOROB A，WILLARD-GRACE R，et al. The 10 building blocks of high-performing primary care [J] . Ann Fam Med，2014，12（2）：166–171. DOI：10.1370/afm.1616.

[30] 许航，马晓静，王钰东，等 . 按人头付费绩效评价框架和指标体系的国际经验研究 [J] . 中华医院管理杂志，2023，39（10）：756–762. DOI：10.3760/cma.j.cn111325–20230428–00341.

[31] RAO X，LUO L，WANG X Y. A spatial feature analysis of primary health care utilization in a large city in China and its implications for family doctor contract service policy [J] . BMC Health Serv Res，2024，24（1）：194. DOI：10.1186/s12913–023–10389–8.

[32] 关冰，关震，冯书鑫，等 . 家庭医生签约服务在老年慢性病健康管理中的应用效果评价 [J] . 医院管理论坛，2023，40（2）：94–96，55. DOI：10.3969/j.issn.1671–9069.2023.02.023.

[33] 张彪，向婧，邹宇量 . 基于 CiteSpace 的国内社区健康管理研究热点与前沿的可视化分析 [J] . 中国全科医学，2023，26（S1）：1–6.

[34] 周其如，李举双，郝春，等 . 预约诊疗服务对家庭医生签约服务结果质量的影响 [J] . 中国全科医学，2023，26（10）：1198–1204. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2022.0438.

[35] YU Y，YE A Z，CHEN C，et al. The impact of family doctor system on patients' utilisation of general practitioner in primary care facilities-Evidence from Hangzhou，China [J] . Int J Health Plann Manage，2022，37（6）：3089–3102. DOI：10.1002/hpm.3540.

[36] WANG C，YAN S J，JIANG H，et al. Residents' willingness to maintain contracts with family doctors：a cross-sectional study in China [J] . J Gen Intern Med，2021，36（3）：622–631. DOI：10.1007/s11606–020–06306–y.

[37] ZHAO N，GU M，LI J，et al. Factors influencing contracting of residents with family doctors in China：a national cross-sectional survey [J] . BMC Health Serv Res，2024，24（1）：213. DOI：10.1186/s12913–024–10606–y.

[38] CHEN J H，WANG Y J，DU W，et al. Analysis on the relationship between effort-reward imbalance and job satisfaction among family doctors in China：a cross-sectional study [J] . BMC Health Serv Res，2022，22（1）：992. DOI：10.1186/s12913–022–08377–5.

[39] HE G S，REN J J，CHEN X Y，et al. GP's GP，general practitioner's health and willingness to contract family doctors in China：a national cross-sectional study [J] . BMC Prim Care，2024，25（1）：253. DOI：10.1186/s12875–024–02492–4.

（收稿日期：2024–03–10；修回日期：2024–11–20）

（本文编辑：王世越）